

# Aspectos subjetivos na abordagem educativa ao sujeito hipertenso e diabético: revisão integrativa

Subjective aspects in the educational approach to hypertensive and diabetic subjects: integrative review

Aspectos subjetivos en el abordaje educativo de sujetos hipertensos y diabéticos: revisión integradora

Cristhian Antônio Brezolin<sup>1</sup>, Enéas Rangel Teixeira<sup>2</sup>, Jorge Luiz Lima da Silva<sup>3</sup>, Rozana Neves Guimarães de Carvalho<sup>4</sup>, Kevin Sousa Barbosa<sup>5</sup>

**Como citar esse artigo.** Brezolin AB, Teixeira ER, Lima da Silva JL, de Carvalho RNG, Barbosa KS. Aspectos subjetivos na abordagem educativa ao sujeito hipertenso e diabético: revisão integrativa. Rev Pró-UniverSUS. 2023; 14(3):132-139.



## Resumo

**Introdução:** identificar e discutir com base na revisão da literatura científica aspectos subjetivos de sujeitos hipertensos e diabéticos no contexto da educação em saúde. **Materiais e método:** revisão integrativa da literatura com coleta de dados nas bibliotecas Medline, Lilacs, BDeaf, Scielo, BVS e Pubmed, no período de 2017 a novembro de 2022, utilizando os descritores Hypertension, Diabetes Mellitus e Health Education, com textos publicados no período 2014-2022. Os artigos foram lidos e os conteúdos tabulados e interpretados. **Resultados:** ao serem aplicados os critérios de inclusão e exclusão foram obtidos 22 artigos, cujas análises textuais permitiram a construção de três categorias temáticas: aspectos subjetivos da esfera emocional; subjetividades advindas do mundo social; aspectos subjetivos inerentes à autopercepção do paciente. **Considerações finais:** os aspectos subjetivos integram o processo de saúde e adoecimento do sujeito com hipertensão arterial e diabetes mellitus e agem na forma como a enfermidade é compreendida pelo indivíduo e consequentemente na adoção de atitudes e comportamentos diante do tratamento. Estratégias de educação em saúde devem contemplar esses aspectos para maior humanização e efetividade das ações de promoção à saúde e prevenção de complicações das doenças.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Educação em Saúde; Enfermagem, Psicologia.

## Abstract

**Introduction:** to identify and discuss, based on the scientific literature review, subjective aspects of hypertensive and diabetic subjects in the context of health education. **Materials and method:** integrative literature review with data collection in the Medline, Lilacs, BDeaf, Scielo, BVS and Pubmed libraries, from 2017 to November 2022, using the descriptors Hypertension, Diabetes Mellitus and Health Education, with texts published in period 2014-2022. The articles were read and the contents tabulated and interpreted. **Results:** when the inclusion and exclusion criteria were applied, 22 articles were obtained, whose textual analyzes allowed the construction of three thematic categories: subjective aspects of the emotional sphere; subjectivities arising from the social world; subjective aspects inherent to the patient's self-perception. **Final considerations:** the subjective aspects are part of the health and illness process of the subject with arterial hypertension and diabetes mellitus and act on the way the disease is understood by the individual and, consequently, on the adoption of attitudes and behaviors towards the treatment. Health education strategies should address these aspects for greater humanization and effectiveness of health promotion actions and prevention of disease complications.

**Keywords:** Arterial Hypertension; Diabetes Mellitus; Health Education; Nursing, Psychology.

## Resumen

**Introducción:** identificar y discutir, a partir de la revisión de la literatura científica, aspectos subjetivos de sujetos hipertensos y diabéticos en el contexto de la educación en salud. **Materiales y método:** revisión integrativa de la literatura con recolección de datos en las bibliotecas Medline, Lilacs, BDeaf, Scielo, BVS y Pubmed, del 2017 a noviembre de 2022, utilizando los descriptores Hipertensión, Diabetes Mellitus y Educación para la Salud, con textos publicados en el período 2014-2022. Los artículos fueron leídos y los contenidos tabulados e interpretados. **Resultados:** cuando se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 22 artículos, cuyos análisis textuales permitieron la construcción de tres categorías temáticas: aspectos subjetivos de la esfera emocional; subjetividades surgidas del mundo social; aspectos subjetivos inherentes a la autopercepción del paciente. **Consideraciones finales:** los aspectos subjetivos forman parte del proceso de salud y enfermedad del sujeto con hipertensión arterial y diabetes mellitus y actúan sobre la forma en que el individuo entiende la enfermedad y, consecuentemente, sobre la adopción de actitudes y comportamientos frente al tratamiento. Las estrategias de educación en salud deben abordar estos aspectos para una mayor humanización y efectividad de las acciones de promoción de la salud y prevención de las complicaciones de la enfermedad.

**Palabras clave:** Hipertensión Arterial; Diabetes Mellitus; Educación Para La Salud; Enfermería, Psicología.

### Afiliação dos autores:

<sup>1</sup>Universidade Federal Fluminense, Brasil. E-mail: cristhian.brezolin@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9525-2459>.

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense, Brasil. E-mail: eneasp@hot.com. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1721-2056>.

<sup>3</sup>Universidade Federal Fluminense, Brasil. E-mail: jorgeluzlima@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2370-6343>.

<sup>4</sup>cadêmica de enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Brasil, E-mail: carvalhorozana@id.uff.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2436-1882>.

<sup>5</sup>cadêmico de enfermagem, Universidade Federal Fluminense. E-mail: kevin\_sousa@id.uff.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4312-8157>.

Email de correspondência: jorgeluzlima@gmail.com

Recebido em: 08/03/23 Aceito em: 28/11/23.

## Introdução

No cuidado integral aos usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), a educação do paciente e a busca pelo seu autocuidado são importantes para que o cuidado da pessoa e o programa terapêutico sejam bem-sucedidos, contudo isso só é possível se os profissionais compreenderem as representações, atitudes e crenças do paciente, que compõem a subjetividade<sup>1</sup>.

Vale destacar que o modelo clínico clássico na saúde não realiza conexão das subjetividades com a saúde, vendo-a apenas como uma variável a ser controlada ou um subsídio para o diagnóstico. Todavia, a visão de um modelo clínico ampliado, que inclui o sujeito e seu contexto, considera a dimensão da subjetividade humana no cuidado e no tratamento<sup>1</sup>.

A subjetividade pode ser conceituada como um processo pelo qual algo se torna constitutivo e pertencente ao indivíduo, ocorrendo de modo que esse pertencimento se torna único, singular, contudo, não significa que sua origem esteja no interior do indivíduo. A gênese está justamente nas relações sociais do indivíduo, quando ele se apropria (ou subjetiva) de tais relações de forma. Ou seja, o desenvolvimento da subjetividade ocorre pelo intercâmbio contínuo entre o interno e o externo<sup>1</sup>.

A maneira que o paciente vivencia sua saúde ou adoecimento se expressa por meios de representações, atitudes, crenças, experiências e percepções sobre o que significa ser uma pessoa com uma enfermidade em um contexto particular. As experiências e percepções do adoecimento são moldadas pela forma como o indivíduo aprendeu a agir e pensar, e também estão ligadas a processos biopsicossociais que afetam a capacidade do paciente de perceber e compreender os sintomas da doença e tomar medidas eficazes para melhorar sua saúde. Assim, o homem em sociedade possui relações entre aspectos biológicos, psicológicos e sociais o que faz com que o prazer ou o sofrimento esteja inserido em diversas dimensões que podem afetar o modo de vida do sujeito. Desse modo, na dimensão subjetiva, há componentes específicos e contingenciais que geram singularidades a vivência do bem estar ou ao sofrimento de cada sujeito. Nessa mesma perspectiva, o sofrimento por sua vez é uma experiência singular, intransferível, de caráter físico, mental, social e espiritual<sup>2</sup>.

Neste sentido, compreender a percepção da saúde e doença pelo usuário é fundamental para os profissionais de saúde, a fim de avaliar e apoiá-lo em sua capacidade de empoderamento e autocuidado<sup>3</sup>.

Estudos ressaltam que, para melhor avaliação, tratamento e promoção da saúde nesses casos das pessoas com doenças crônicas, os profissionais de saúde precisam entender os pontos de vista de seus pacientes sobre sua doença<sup>4,5</sup>.

Ao planejar ações de cuidados e de educação em saúde nesse contexto, é preciso apreender a subjetividade envolvidos na forma de vida do usuário, que por sua vez se expressa pelo processo de adoecimento e reabilitação. Entendendo esses aspectos que abarcam os afetos, representação, forma de ser e de se cuidar, se favorece um cuidado integral, contextualizado, que promove a saúde e previne complicações da doença. Ignorar aspectos comportamentais que agem no processo da saúde pode acarretar dificuldade das pessoas em seguir as recomendações de saúde<sup>6</sup>.

Nessa perspectiva, emerge como questão de pesquisa: de que forma os aspectos subjetivos do paciente hipertenso ou diabético estão envolvidos com o seu processo de adoecimento na educação em saúde? Por conseguinte, o objetivo deste estudo é identificar e discutir com base na revisão da literatura científica aspectos subjetivos de sujeitos hipertensos e diabéticos no contexto da educação em saúde.

## Materiais e Método

Utilizou-se como método de pesquisa a Revisão Integrativa de Literatura. A revisão integrativa é um método de pesquisa que busca reunir e sintetizar o estado do conhecimento sobre uma determinada temática de forma sistemática e ordenada, possibilitando aprofundar o conhecimento do tema a ser investigado, além de expor possíveis lacunas a serem ainda exploradas.

Para realização deste estudo foi realizada consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e também do Medical Subject Headings (MeSH) da National Library, para levantamento e escolha dos descritores universais. Dessa forma elencou-se para serem utilizados os descritores, em português e inglês: “hipertensão/hypertension”, “diabetes mellitus/diabetes mellitus” e “educação em saúde/health education”. Salienta-se que o termo “Subjetividade” não foi utilizado na busca nas bases, tendo em vista que não se constitui como descritor, contudo os estudos elencados nesse artigo apresentam a temática abrangida direta ou indiretamente no corpo do texto. Foram elencados elementos como emoção, percepção, comportamento, inter-relação, sentimentos, que foram considerados como elementos que denotavam a dimensão da subjetividade e que mantinham relação com a temática de ações educativas para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

Para o referido estudo efetuou-se busca em ambiente virtual nas bibliotecas *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)*, *Banco de Dados em Enfermagem (BDenf)*, *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)* e *National Library*

of Medicine (Pubmed) no período de 2017 a novembro de 2022. Como critérios de inclusão, estudos originais e primários que abordassem a questão subjetiva para pacientes hipertensos e diabéticos, publicados, preferencialmente, no período de 2017 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão estudos duplicados e que não abrangessem a temática de interesse.

Realizada busca nas bases eletrônicas Medline, Lilacs, BDeaf, Scielo, BVS e Pubmed, utilizando os descritores “hypertension”, “diabetes mellitus”, e “health education”, obteve-se um total de 40.725 estudos. Aplicando o filtro por recorte temporal de 2020 a 2022, textos completos e idiomas inglês, português e espanhol foram obtidos 677 artigos. Após a leitura dos títulos dos mesmos, escolheu-se 22 estudos para compor a amostra final.

A partir do conteúdo analisado elaborou-se três categorias temáticas referentes a subjetividade, a saber: a) aspectos subjetivos da esfera emocional dispondo de 5 artigos; b) subjetividades advindas do mundo social com o quantitativo de 7 artigos e b) aspectos subjetivos inerentes à autopercepção do paciente com 10 artigos.

## Resultados e Discussão

### Aspectos subjetivos da esfera emocional

O impacto das emoções foi relatado pelos estudos analisados como fator subjetivo relacionado com as DCNT. Por constituírem-se como doenças crônicas, a diabetes e a hipertensão, com frequência despertam sentimentos intensos como ansiedade e medo entre os diagnosticados, aqueles que têm família ou amigos com a condição, e aqueles que correm o risco de desenvolvê-lo. Essas emoções intensas influenciam o indivíduo com DCNT na procura do tratamento para sua enfermidade ou recorrer a negação como forma de enfrentamento<sup>7</sup>.

O medo relacionado a complicações advindas da diabetes e da hipertensão são um aspecto amplamente evidenciado na literatura a partir das falas dos pacientes. Em um dos estudos, indivíduos diabéticos consistentemente mencionaram ferimentos não cicatrizados e amputações como terríveis efeitos que podem levar à morte entre pacientes diabéticos<sup>8</sup>. A preocupação com as complicações crônicas também foi constatada em outro estudo, o medo das morbidades agudas foi dominante<sup>4</sup>. Ressalta-se que pode ser natural aos sujeitos ver a doença negativamente, pois ninguém quer sofrer todas as consequências negativas de ficar doente<sup>8</sup>. Um dos estudos aponta que os pacientes entrevistados sejam estes portadores de diabetes ou aqueles não portadores, afirmavam temer a amputação e a cegueira por conta do diabetes. A Amputação provoca uma percepção de degradação do corpo e pode ser

percebida como forma de deixar uma pessoa “Inútil”<sup>7</sup>.

No processo de educação em saúde ao hipertenso e diabético esse medo também deve ser considerado como fator interveniente no processo de adesão terapêutica. Um dos estudos analisados levantou os fatores envolvidos com a não participação das atividades educativas voltadas para a diabetes referidas pelos pacientes, sendo que um dos aspectos constatados foi o de querer evitar ouvir a narrativa do adoecimento de outros participantes durante as atividades educativas coletivas<sup>9</sup>.

Constata-se que essa relutância em participar das atividades educativas visa evitar de se assustar com histórias de todas as coisas ruins que podem ser causadas pela diabetes, ou ainda para evitar de “ficarem para baixo” com os lamentos dos outros participantes<sup>9</sup>.

Compreender os sentimentos dos pacientes é uma necessidade no manejo das DCNT. A principal causa de diabetes apontada pelos entrevistados de um dos estudos era vista como sendo de origem emocional, sendo que relacionaram níveis glicêmicos adequados a estados de felicidade<sup>4</sup>. Em um estudo realizado em 2017, os participantes de grupos voltados a DCNT relacionaram emoções e sentimentos com a exacerbação de seus problemas de saúde<sup>10</sup>.

Os grupos voltados a pacientes com DCNT são então uma potente forma de adesão aos tratamentos, pois estes, através das interações, auxiliam na busca do cuidado à saúde. Nos comentários dos grupos estudados por Daza, relatam-se os grupos de autoajuda como um espaço para a catarse das questões internalizadas. Dessa forma, nota-se o reforço da compreensão dos sentimentos e emoções como um meio para tratar as DCNT. Através dos grupos, esses pacientes identificam-se como análogos à doença, o que permite a integração afetiva que consequentemente provoca uma maior adesão ao tratamento<sup>10</sup>.

Alguns pacientes sofrem de grande estresse e ansiedade, fato que os impede de desenvolverem práticas rotineiras como aferir sua pressão arterial regularmente e participar dos tratamentos de acompanhamento. Da perspectiva do sujeito, o acompanhamento regular e o tratamento seriam lembretes permanentes de sua doença, o que causaria uma sensação de ameaça<sup>11</sup>. O mesmo aspecto também foi constatado em outro estudo em que o estresse aparece como fator para a não aferição glicêmica por parte dos pacientes de maneira regular, já que em cada testagem o sujeito fica estressado, além disso, boa parte dos pacientes analisados considera a diabetes a sua fonte do estresse, sendo que esse estresse é lidado pelos mesmos de maneiras diversas como comer doces, privação social, e fumar, o que pode levar a consequências prejudiciais ao paciente<sup>12</sup>.

Para que o cuidado terapêutico ocorra da melhor forma possível, os profissionais da saúde têm um importante papel como educadores em saúde, pois estes

têm a missão de conscientizar a população através da disseminação de informações<sup>13</sup>. Assim, proporcionam uma melhor assistência e adesão aos tratamentos, visto que os pacientes, ao adquirirem conhecimento, tomam-se de autonomia para transformar os comportamentos de risco em práticas de saúde e bem estar<sup>14</sup>. Ao discutir esse assunto, relata que uma equipe multiprofissional, ao desenvolver mecanismos para a educação em saúde, possui uma maior diversidade de saberes para proporcionar um maior leque de possibilidades do cuidado em saúde, o que por sua vez faz com que a população assistida tenha uma maior adesão ao tratamento<sup>15</sup>.

É nessa compreensão da doença crônica no seu sentido amplo, que o grupo de educação em saúde voltado a hipertensos e diabéticos assume um papel que permite a interação “face a face” fazendo com que todos os participantes identifiquem-se como iguais, permitindo aos mesmos relacionar-se afetivamente, além de detectar, priorizar e exteriorizar suas necessidades sentidas. A capacidade de escuta pode ser considerada como uma função não oficial dos grupos, sendo um aspecto importante para o paciente quando reconhece a necessidade de ser escutado nos diferentes espaços de atenção do sistema de saúde. Ao sentir-se escutado o indivíduo é provido da certeza que é importante como pessoa, e que não é visto como uma enfermidade que deve ser manejada através de tratamentos médicos. Salienta-se que as intervenções de promoção à saúde só resultam em êxito se o foco estiver no sujeito das ações de saúde e não no seu objeto passivo<sup>10</sup>.

Um fator ressaltado pela literatura analisada para a participação do paciente na educação em diabetes foi a influência do médico. Quando as atividades de educação em saúde são incentivadas pelo mesmo, aumentam-se as taxas de participação dos pacientes. Isso advém da representação sociocultural da medicina e por muitos pacientes serem acompanhados nas consultas por médicos. Enfatiza-se que o trabalho multiprofissional deve ter esse caráter de cooperação entre os profissionais, para que todos esclareçam ao paciente que estes podem se beneficiar com a educação mesmo na manutenção da saúde. Nesse contexto, quando o profissional age nas consultas e grupos educativos, de modo acolhedor e com a escuta sensível passa a ter um reconhecimento social nesse contexto das relações humanas nos serviços de saúde<sup>9</sup>.

### Subjetividades advindas do mundo social

Os aspectos subjetivos no processo da doença crônica também estão relacionados com o contato que o sujeito estabelece com o mundo a sua volta, ou seja, com o mundo social que o cerca. Partindo dessa concepção, a literatura ressalta a dinâmica subjetiva envolvida com as experiências anteriores dos pacientes, seja consigo

próprio ou com alguém próximo ou ainda conhecido. Afirma-se que há uma forte evidência indicando que a percepção individual e as experiências de adoecimento desempenham um papel importante na sua abordagem ao comportamento preventivo da doença<sup>16</sup>. Os pacientes procuram experiências de pessoas que sofrem de doenças iguais ou semelhantes e comparam as informações obtidas com a sua própria doença e situação de vida<sup>3</sup>.

Destarte, constatou-se na literatura que a experiência anterior de adoecimento do indivíduo com ele ou com alguém próximo, pode agir como fator de motivação na adoção de cuidados à saúde. Em um dos estudos, constatou-se que ter ciência das consequências que o diabetes e a hipertensão podem ter sobre a saúde e qualidade de vida, torna mais fácil para os pacientes aderirem a estratégias de cuidado e manejo com a condição crônica. Os pacientes do estudo em questão afirmaram que o fato de terem conhecido ou cuidado de pessoas que haviam sofrido complicações como resultado de hipertensão ou diabetes os fez mais conscientes da possibilidade de que eles próprios possam sofrer consequências semelhantes se eles não gerenciarem com sucesso seus problemas de saúde<sup>6</sup>.

Outro estudo aponta que atravessar uma experiência negativa relacionada a uma complicação das DCNT seja consigo próprio ou com pessoas próximas leva os indivíduos a refletir sobre o risco de morte e incapacidade, considerando assim alternativas como o grupo educativo para a solução do problema que lhes preocupa nesse momento<sup>10,17</sup>.

Corroborando esses dados, a revisão da literatura registra que dentre os facilitadores para os comportamentos preventivos e de autocuidado das DCNT, aqueles pacientes que tiveram experiência em primeira mão de doença em si ou com parente, apresentam maior motivação para praticar comportamentos saudáveis, prevenindo o desenvolvimento de uma DCNT e suas sequelas<sup>16</sup>.

Neste sentido, os pacientes que passaram por eventos marcantes tais como: hospitalização; encargos financeiros, perdas significativas, situações dolorosas e traumáticas, da mesma forma, se sentiram comprometidos a se engajarem em atividades para a melhoria da saúde. O medo de uma morte prematura também emergiu como um facilitador para que o paciente cuide de si mesmo, eles demonstram entendimento que manter os níveis sob controle pode prevenir a morte prematura<sup>16</sup>.

Ainda que sentimentos como depressão e ansiedade sejam comumente evidenciados nas entrevistas, pacientes com histórico familiar de diabetes experienciam menor ansiedade com o diagnóstico<sup>4</sup>.

Entretanto, vivenciar uma experiência negativa com alguém próximo pode ser um fator “desmotivador” para adesão às recomendações, mudanças de hábitos e engajamento necessários ao controle de uma doença crônica<sup>4</sup>.

Um dos estudos apontou que a recusa em mudar a dieta é um fator que faz pacientes não frequentarem atividades de educação em saúde, alguns dos quais possuem parentes ou amigos que tiveram que modificar a dieta por serem diabéticos, mas que, no entanto, é algo que o paciente não deseja para sua vida<sup>9</sup>. Ainda, observou-se que vivenciar membros da família e amigos sofrendo de diabetes, foi para alguns pacientes um fator gerador de medo do próprio futuro, e muitas vezes todo esse estigma associado à enfermidade faz com que pacientes escondam a doença, conforme apontado por um dos estudos<sup>18</sup>.

Para os pacientes que recusam mudanças no estilo de vida, como a dieta, por exemplo, os mesmos podem estar mais dispostos a cumprir tais mudanças se forem mais bem informados, já que o conhecimento insuficiente se mostra como fator relevante para a não adesão ao regime terapêutico<sup>9,19</sup>. Dispondo de conhecimento satisfatório sobre a importância das mudanças, e os riscos de não aderir às recomendações do profissional de saúde, o paciente passa a tomar consciência da situação em que está inserido, e direcionar seu comportamento de maneira mais consciente. Ressalta-se que não apenas o conhecimento está em jogo, mas o desejo, o prazer, satisfação, o medo de perder um jeito de ser.

Ter que vivenciar situações como o óbito de alguém próximo por conta de uma doença crônica, ou ainda alguém que deixa de realizar o cuidado e decide manter uma vida desregrada por não aguentar mais o processo de cuidado, são elementos que influenciam a maneira como o paciente enfrenta a doença crônica, sendo que muitas vezes essas experiências o leva a um estado de desesperança sobre o futuro<sup>20</sup>.

Pacientes diabéticos e hipertensos podem ainda afirmar que não desenvolvem a prática de autocuidado com a enfermidade crônica porque possuíam um familiar que mantinha uma vida saudável e mesmo assim havia morrido de alguma complicação biológica, o que acabou fornecendo legitimidade para que agora o paciente não esteja engajado nas atividades de autocuidado<sup>21</sup>.

A equipe multidisciplinar deve congrega esforços para uma adequada abordagem ao paciente. É relevante nesse sentido que os pacientes compreendam que o processo de adoecimento é uma experiência individual de cada pessoa, e que as situações pelas quais seus familiares ou conhecidos passaram foram experiências que não necessariamente acontecerão com eles. Manter essa reflexão com o paciente permite uma melhor reflexão e envolvimento com as recomendações propostas<sup>9</sup>.

Deve-se ainda considerar nas experiências prévias o “peso informacional” que essas proporcionam à percepção do sujeito. Outro estudo demonstrou que pacientes diabéticos relatam que a não participação nas atividades de educação em saúde ocorrem por sentirem-se que sabem o suficiente sobre a sua doença,

por outras fontes, ou pela experiência que tiveram com algum familiar diabético<sup>9</sup>. Outro estudo constatou que o aprendizado dos pacientes a partir de fontes informais como amigos, parentes e outros pacientes com diabetes é significativo. Uma rede familiar forte e a história familiar frequente de diabetes pode ser positiva em termos de suporte emocional, mas pode também interferir na motivação do paciente na busca de suporte adicional como o oferecido pelas iniciativas educacionais<sup>4</sup>.

Quando o paciente sente que já sabe o suficiente sobre sua doença crônica, temos uma situação de dualidade, por um lado poderá se constituir como uma possibilidade de mudança, quando se trabalha com uma pedagogia emancipatória, mas por outro lado pode representar como uma barreira para o engajamento do mesmo, caso não seja acompanhado de modo interativo. O profissional de saúde precisa esclarecer ao paciente em um trabalho conjunto com a equipe multiprofissional, que ainda pode haver espaço para melhorias e aperfeiçoamento desse conhecimento, deixá-lo consciente dessa possibilidade pode incentivar sua participação nas estratégias educativas<sup>9</sup>.

Identificar os aspectos subjetivos relacionados aos sujeitos com DCNT é também compreender que o paciente está imerso em um contexto sociocultural, no qual forças exteriores agem sobre o indivíduo, e este ao sofrer a ação das mesmas e internalizar essa experiência, passa a dar significados, singularizando o processo. Esse contato resulta em uma série de concepções subjetivas que se não forem consideradas de modo relacional e contextualizado no cuidado à pessoa com enfermidade crônica, afetarão a maneira como o sujeito compreende o adoecimento bem como seu papel ativo nesse processo. Ressalta-se que esses discursos não transmitem simplesmente crenças sobre a causa das doenças, mas servem a um fim comunicativo e interacional, podendo ser utilizados para criar, organizar, avaliar e legitimar abordagens específicas para o autocuidado da pessoa com doença crônica não transmissível<sup>21</sup>.

Partindo dessa reflexão, dentre os fatores que afetam comportamentos preventivos e de autocuidado das DCNT, muitos pacientes acreditavam que ter uma doença crônica era o destino dos mesmos, e que nada podia ser feito para interromper a ocorrência de complicações dessas doenças, como acidente vascular cerebral ou um infarto. Aqueles participantes que, embora seguiram recomendações de seus médicos, ainda acreditavam que a progressão da doença ocorreria mesmo após tomar precauções. Constatou ainda no estudo que os participantes que possuíam essa impressão de destino realizam o automanejo da DCNT casualmente quando comparado com aqueles que acreditavam que os efeitos da doença poderiam ser minimizados ou atrasados, seguindo modificações do estilo de vida recomendadas. A maioria dos participantes analisados não sentiram vulnerabilidade às DCNT, afirmando que

não podiam fazer nada para mudar seus resultados e uma vez que eles se tornaram vítimas e aceitaram seu “destino”, sem necessitarem ter papel ativo na mudança do seu comportamento<sup>16</sup>. Alguns afirmaram que uma vez que o diabetes “atacasse” o paciente, deveria estar pronto para a morte<sup>8</sup>.

Algumas crenças como não ser possível ser portador de diabetes, pois não há membros na família que possuem tal condição, ou ainda que apenas se desenvolve diabetes no consumo de alimentos doces podem influenciar no protagonismo do paciente na busca pelo cuidado. Algumas pessoas ainda apresentam o chamado otimismo irrealista, em que apenas “outros - não eu” podem desenvolver a doença<sup>8</sup>.

O entendimento do profissional de saúde sobre o sistema de crenças que envolvem o paciente permite maior facilidade para que se adapte mensagens dirigidas aos pacientes, a fim de abordar crenças e possíveis equívocos de sua compreensão sobre a doença e o tratamento, ajudando assim a aumentar a adesão. Tendo em vista que esses sistemas estão muitas vezes envolvidos com o meio social, é adequado que se trabalhe com o componente social em que o indivíduo se insere, assim, abranger familiares, e amigos nas atividades de educação em saúde<sup>7</sup>.

### Aspectos subjetivos inerentes a autopercepção do paciente

A autopercepção do estado de saúde do paciente foi bem destacada como um aspecto subjetivo relevante a ser considerado para o tratamento da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Um dos estudos apontou que o fato da hipertensão não possuir sintomas severos, e as complicações ocorrerem a longo tempo está relacionado ao baixo envolvimento com o autocuidado, nesse sentido muitos pacientes passam a não considerar hipertensão como uma doença ameaçadora à vida<sup>11</sup>.

Tomando, por exemplo, a hipertensão arterial, que nem sempre apresenta sintomas na vida cotidiana e, portanto, o paciente tende a não buscar ativamente a compreensão da mesma forma que um paciente que sofre, por exemplo, dor constante e insuportável. Ressalta-se que pacientes cuja doença representa uma ameaça existencial são mais propensos a refletir mais sobre sua doença e quais métodos de tratamento estão disponíveis<sup>3</sup>. Essa reflexão é também abordada no estudo de Schäfer, em que pacientes diabéticos demonstram pouca participação em estratégias de educação em saúde, pois até o momento não haviam experimentado quaisquer efeitos negativos como dor, fadiga ou polidipsia, levando a concepção de que no momento não havia necessidade de envolvimento nessas atividades<sup>9</sup>.

Ao discutir a ressignificação da vida frente à doença, diz-se que a presença de uma doença demanda uma nova tomada de sentido à vida. Toma-

se a representação da doença por si só como algo que não é bom e nem ruim, mas sim como algo que acontece e precisa ser interpretado pelo indivíduo que a vivência<sup>22</sup>. A interpretação da doença e a atitude tomada frente a isso é uma significação para a experiência. Essa ressignificação parte da subjetividade inerente à singularidade da vida do sujeito propriamente dito. Para isso, se recomenda a apropriação do estado de saúde ou de doença pelo paciente, como uma experiência de vida singular e, por conseguinte, buscar possibilidades de significado para si, podendo chegar à atribuir como uma oportunidade de aventura ou de sofrimento<sup>22</sup>.

Faz-se necessário que o paciente se aproprie do cuidado de si, que ele se perceba nesse contexto, seu corpo, suas emoções e mesmo que não esteja manifestando sintomas ele saberá que é necessário desenvolver o cuidado consigo próprio. Somando-se a isso é crucial que o paciente receba as informações, que haja um processo de reflexão e de discussão adequadamente, para que assim compreenda o que significa ser portador daquela enfermidade e a importância do tratamento<sup>22</sup>.

A autopercepção da saúde também está relacionada a aspectos que funcionam como “Fatores de Incentivo” e estimulam a continuidade da busca pelo cuidado com a condição crônica, dentre eles está o de que envolver-se com o cuidado vale a pena. Destaca-se o discurso dos pacientes de que a visualização em seus controles analíticos de cifras adequadas de pressão e glicemia atua como fator de incentivo, e aumentou as chances de continuidade de ações de autogestão para a saúde<sup>6</sup>. Em outro estudo, segundo as declarações de alguns pacientes, tendo testemunhado melhoria na sua saúde, condições e falta de sintomas incômodos foi uma motivação para a continuidade de ações de autocuidado<sup>11</sup>. Os fatores de incentivo são uma estratégia que as atividades educativas podem estar incorporando, fazendo com que o paciente acompanhe suas cifras pressóricas e glicêmicas e evidencie que seus esforços estão sendo válidos<sup>11</sup>.

Um dos estudos destacou a “promessa de bem-estar” como um dos mais contundentes incentivos para modificar a postura e envolvimento do sujeito diante de uma doença crônica. Contudo, observou-se que para muitos pacientes – notadamente os recém diagnosticados, o incômodo da doença crônica e suas complicações, restrições dietéticas à insulina e demais mudanças de estilo de vida, foram citadas como principais fatores por trás da perda da esperança no futuro e conseqüentemente em um papel pouco ativo no manejo da doença. Já aqueles que descobriram a doença há mais tempo mostram-se mais otimistas com o bem estar e com o futuro, esse otimismo motivou o paciente a continuar com acompanhamento contínuo e autocuidado, pois sabe que desde que o cuidado seja realizado, pode-se ter um bem estar satisfatório<sup>20</sup>.

Assim, é relevante considerar a autopercepção

do paciente sobre o seu futuro, pois tal visão poderá motivar ou não o seu engajamento no processo de cuidado. É compreensível que a visão de futuro do paciente que recém descobriu-se hipertenso ou diabético seja um tanto pessimista, as estratégias educativas podem colaborar para o intercâmbio de informações e experiências entre tais pacientes e aqueles que estão convivendo com tais condições há mais tempo, para que os primeiros melhorem a autopercepção acerca do seu futuro ao adquirirem conhecimento que o cuidado adequado e uma postura ativa diante da enfermidade permitirá uma qualidade de vida satisfatória<sup>20</sup>.

## Considerações Finais

A partir desse estudo constatou-se na literatura científica que os aspectos subjetivos integram o processo de adoecimento do sujeito com hipertensão arterial e diabetes mellitus e influenciam na forma como a enfermidade é compreendida pelo indivíduo e conseqüentemente na adoção de atitudes em prol do cuidado de si, o que deve ser considerado nas estratégias de educação em saúde. No geral, os aspectos subjetivos identificados foram aqueles relacionados à esfera emocional, o contato com o mundo social e a autopercepção do paciente, os quais podem suscitar discussões e os pontos de conclusão desse estudo.

Os aspectos subjetivos que integram o viver com DCNT estão relacionados ao impacto emocional. Quando esse é marcado por sentimentos negativos como o medo, atua como fator de não adesão à educação em saúde e autocuidado, interferindo no tratamento. Quando associado ao bem estar emocional mostra-se determinante no adequado controle glicêmico e pressórico. Além disso, a exteriorização dos sentimentos mostra-se uma necessidade do sujeito. Na perspectiva da subjetividade a doença não pode nomear a totalidade do indivíduo, é apenas um componente e que pode ser gerenciado pelo sujeito, e muitas vezes essa demanda é atendida nas atividades coletivas de educação em saúde. Portanto, ao propor a educação em saúde através de uma equipe multiprofissional, cria-se um elo de confiança com os usuários no qual, estes, dão mais credibilidade aos saberes difundidos pelos profissionais, permitindo desse modo, um maior envolvimento e a busca pela autonomia no cuidado em saúde.

O contato do paciente com o mundo social também constrói aspectos subjetivos determinando a percepção do indivíduo sobre o processo de adoecimento. Dentre eles estão as experiências anteriores, que por sua vez podem agir como elementos de facilitação e engajamento, ou quando forem elaboradas sobre experiências negativas ou traumáticas agir como fatores desmotivadores. Relacionado a isso também está o peso informacional adquirido das

experiências, que muitas vezes determinam a adesão ou não as atividades de educação em saúde e a seguir as orientações recomendadas. As crenças também podem se fazer presentes, estas são muitas vezes um produto do coletivo exterior, mas que ao ser interiorizado pelo indivíduo afeta suas atitudes e visão diante do tratamento e cuidado. Por todos esses aspectos, é neste ponto que a família tem seu papel mais fundamental, o de apoiar e auxiliar fisicamente e psicologicamente, pois todos estão inseridos no contexto da doença.

A autopercepção do estado de saúde é um elemento subjetivo que determina a postura do paciente diante da enfermidade, sendo que essa só será ativa quando o indivíduo refletir e compreender que um processo crônico que requer medidas de cuidado, conhecer seus limites e possibilidades. Nessa percepção de si também estão os estímulos positivos existentes no processo de cuidado, como a constatação de níveis pressóricos e glicêmicos adequados, os quais são elementos que atuam favoravelmente no engajamento, motivando o paciente a continuar seu autocuidado. Portanto, pode-se dizer que o autocuidado implica uma significação e ressignificação da doença para provocar uma subjetivação que dá sentido à vida. Afinal, a vida é isso, um emaranhado de surpresas, desafios e dificuldades que demandam novas atitudes para assim fazerem sentido.

Com os resultados obtidos nesse estudo espera-se uma maior compreensão da equipe de saúde da atenção primária sobre a importância de se considerar os elementos subjetivos no cuidado ao indivíduo hipertenso e diabético, para que assim possa haver uma maior efetividade tanto nas estratégias de educação em saúde, como também no suporte ao cliente na compreensão da enfermidade e manejo do seu autocuidado e na prevenção de agravos.

## Referências

1. L1.Silva F. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. *Psic. da Ed.* [Internet]. 2009; 169-195. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/43108>.
2. Peixoto M, Borges E. O sofrimento no contexto da doença. *RPESM* [Internet]. 2011; 6(1): 36-9. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17855>.
3. Nunstedt H, Rudolfsson G, Alsen P, Penbrant S. Patients' Variations of Reflection About and Understanding of Long-Term Illness-Impact of Illness Perception on Trust in Oneself or Others. *Open Nurs. J.* [Internet]. 2017; 11: 43-53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28567169/>
4. Abolghasemi R, Sedaghat M. The Patient's Attitude Toward Type 2 Diabetes Mellitus, a Qualitative Study. *J Relig. Health* [Internet]. 2015; 54(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24599712/>.
5. Solli H, Silva A. Objectivity applied to embodied subjects in health care and social security medicine: definition of a comprehensive concept of cognitive objectivity and criteria for its application. *BMC Med.* [Internet].

- 2018; 19(15). Disponível em: <https://bmcmedethics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12910-018-0254-9>.
- 6.Gorina M, Limonero J, Álvarez M. Educational diagnosis of self-management behaviours in patients with diabetes mellitus, hypertension and hypercholesterolaemia based on the PRECEDE model: Qualitative study. *J. Clin. Nurs.* [Internet]. 2019; 28(9-10): 1745-59. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30667574/>.
- 7.Carson LD, Henderson NJ, King K, Kleszynski K, Thompson DM, Mayer P. American Indian Diabetes Beliefs and Practices: Anxiety, Fear, and Dread in Pregnant Women With Diabetes. *Diabetes Spectr.* [Internet]. 2015; 28(4): 258-63. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26600727/>.
- 8.Pujilestari CU, Ng N, Hakimi M, Eriksson M. "It is not possible for me to have diabetes"—Community Perceptions on Diabetes and Its Risk Factors in Rural Purworejo District, Central Java, Indonesia. *Glob. J. Health Sci.* [Internet]. 2014; 6(5): 204-18. Disponível: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4825520/>.
- 9.Schäfer I, Pawels M, Küver C, Pohontsch NJ, Scherer M, Bussche H, Kaduszkiewicz H. Strategies for Improving Participation in Diabetes Education. A Qualitative Study. *Glob. J. Health Sci.* [Internet]. 2014; 9(4). Disponível: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0095035>.
- 10.Daza E, Plaza B, Rodríguez L, Álvarez M, Centeno M, Meza E et al. Los grupos educativos para la salud y los motivos de abandono de los pacientes. *Salud(i)cienza* [Internet]. 2017; 22(6): 532-8. Disponível em: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1667-89902017000300003](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902017000300003).
- 11.Ashoorkhani M, Majdzadeh R, Gholami J, Eftekhari H, Bozorgi A. Understanding Non Adherence to Treatment in Hypertension: A Qualitative Study. *IJCBNM* [Internet]. 2018; 6(4): 314-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6226612/>.
- 12.Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza HS de. TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. *Trabalho, Educação e Saúde.* 2020;18(suppl 1).
- 13.Hussein SA, Kithuka P, Otieno G, Yoos A, Kaugi R, Njeru C. Management of diabetes mellitus at the household level using community health strategy in Embu County, Kenya. *PAMJ* [Internet]. 2021; 39(35). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34422158/>.
- 14.Trento M, Fornengo P, Amione C, Salassa M, Barutta F, Gruden G et al. Self-management education may improve blood pressure in people with type 2 diabetes. A randomized controlled clinical trial. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* [Internet]. 2020; 30(11): 1973-79. Disponível: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32811740/>.
- 15.Barreto, A. C. O., Rebouças, C. B. A., Aguiar, M. I. F., Barbosa, R. B., Rocha, S. R., Cordeiro, L. M., Melo, K.M., & Freitas R. W. J. F. (2019). Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (Suppl 1), 266-73. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0702
- 16.Gowani, A., Ahmed, H. I., Khalid, W., Muqet, A., Abdullah, S., Khoja, S., & Kamal, A. K. (2016). Facilitators and barriers to NCD prevention in Pakistanis—invincibility or inevitability: a qualitative research study. *BMC Research Notes*, 9(282). doi:10.1186/s13104-016-2087-2
- 17.Bezerra HMC, Gomes MF, Oliveira SRA, Cesse E P. Processo educativo do núcleo ampliado de saúde da família na atenção à hipertensão e diabetes. *Trab. Educ. Saúde.* [Internet]. 2020; 18(3). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1139799>.
- 18.Mendenhall E, Norris SA. Diabetes care among urban women in Soweto, South Africa: a qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015; 15(1300). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691296/>.
- 19.Thuita AW, Kiage BN, Onyango AN, Makokha AO. Effect of a nutrition education programme on the metabolic syndrome in type 2 diabetes mellitus patients at a level 5 Hospital in Kenya: "a randomized controlled trial". *BMC Nutrition* [Internet]. 2020; 6(30). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32774875/>.
- 20.Mayega RW, Ekirapa E, Kirunda B, Nalwadda C, Aweko J, Tomson G et al. 'What kind of life is this?' Diabetes related notions of wellbeing among adults in eastern Uganda and implications for mitigating future chronic disease risk. *BMC Public Health* [Internet]. 2018; 18(1409). Disponível: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6249-0>.
- 21.Frost J, Garside R, Cooper C, Britten N. A qualitative synthesis of diabetes self-management strategies for long term medical outcomes and quality of life in the UK. *BMC Health Services Research.* 2014 Aug 16;14(1).
- 22.Selli, L., Junges, J. R., Meneghel, S., & Vial, E. A. (2008). O cuidado na resignificação da vida diante da doença. *O Mundo da Saúde*, 32(1), 85-90.